

Una mirada sociológica de las organizaciones. El caso de la Unidad

Sanitaria de Villa Catela.

Ghilini Anabela, Manes Yamila y Sandoval Nora.

UNLP, yamimanes@yahoo.com.ar

Introducción

Nos proponemos analizar desde una perspectiva sociológica la Unidad Sanitaria N° 80 de Villa Catella, Partido de Ensenada. En esta tarea¹ tendremos en cuenta tanto la relación de la organización con el entorno social como el vínculo de los trabajadores entre sí y con la organización. Desarrollaremos de manera descriptiva las características principales de la misma (objetivos, actividades que realiza, estructura, modelo de gestión, estilo de liderazgo, personal etc.) y trataremos de indagar acerca de los conflictos organizacionales, la cultura y el liderazgo organizacional.

La historia de la Unidad Sanitaria N° 80 de Villa Catella

Por empezar, la historia de la Unidad Sanitaria N° 80 es muy particular e interesante, ya que fue creada por y para el barrio de Villa Catella. Esto actuará como una marca organizacional de origen que impregnará a la organización de matices diversos a los de otras unidades sanitarias de la zona.

Un grupo de vecinos cooperarán y juntarán fuerzas entre sí para dar a luz en un primer lugar a la Escuela 14, luego a la Unidad Sanitaria y posteriormente a un Centro de jubilados. Cabe señalar, que estas tres organizaciones nacerán al calor de las necesidades sociales de las familias del barrio, confirmando de este modo el enfoque de La Palma “Los satisfactores son formas organizativas, prácticas sociales, espacios, valores, modelos políticos, históricamente constituidos (...) tienen una doble trayectoria: por un lado se modifican al ritmo de la historia, por otro se diversifican según la cultura (La Palma, 2001:3).”

Fue a través de rifas, canastas y contribuciones que los señores Ochoa, Alegre, Motta, de León, Romero y Zamudio juntan fondos suficientes para comprar un lote en el que, tras nuevos métodos para juntar dinero que incluyeron un festival al que estaban invitados desde la directora de la Escuela N° 12 hasta el Intendente de Ensenada, se comenzó a construir la

¹ Este trabajo fue realizado en el marco de la materia “Sociología de las organizaciones” de la Carrera de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP durante el ciclo 2008.

Salita. Con todo lo conseguido y la mano de obra gratuita de los vecinos se construye hasta el encadenado. Reciben entonces aportes monetarios de la Intendencia y de la Base Naval de Río Santiago. La obra se termina en 1974, y comienza a funcionar con profesionales designados por el Director de Salud del municipio, quien además procuró el equipamiento de la Unidad Sanitaria.

Hacia 1983 se traspasa el edificio a la Municipalidad de Ensenada, y se colocan dos placas de bronce en el frente de la Unidad Sanitaria, una donada por el Municipio y la otra por el centro de fomento José Hernández, en homenaje al Cabo Principal Oscar Alfredo Motta, tripulante del ARA Gral. Belgrano, hundido en aguas del Atlántico sur durante la guerra de Las Malvinas. Se logra también ponerle el nombre “Cabo Motta” a la calle 36 de Ensenada y cada año se realiza en la Unidad Sanitaria un acto conmemorativo en Abril.

En 1984, se agregan al personal de la Unidad Sanitaria una ginecóloga, un asistente social y otro enfermero. A su vez, el gobierno de la Pcia. De Buenos Aires entrega, para mejor funcionamiento del Centro de Salud, una ambulancia.

Hacia 1995 con fondos del plan del Conurbano Bonaerense y de la Cooperadora se amplía e edificio de la Unidad Sanitaria, se amplía la sala de espera, la cocina, y se agregan dos consultorios, uno equipado para odontología.

En 1997 la Cooperadora solicita al Director de Salud Dr. Julio Ponce autorización para que el médico del PAMI de la zona utilice durante la tarde las instalaciones de la Unidad Sanitaria brindando asistencia a jubilados y pensionados del barrio. Al poco tiempo, en enero de 1998, se unen los vecinos beneficiados con la atención del médico de PAMI formando un centro de jubilados “Retoños de Abril”, en el que emprenden tareas culturales y recreativas. Después de lograr la personería jurídica bregan para tener como espacio propio parte del terreno que ocupa la Unidad Sanitaria que ellos mismo donaron en el pasado a la Municipalidad. Recién hace algunos años finalizaron los trámites legales en la Municipalidad de Ensenada y se formalizó la posesión del terreno en el que esta entidad de bien público, “Retoños de Abril”, construirá allí una sede social.

En una entrevista con la actual directora de la Unidad Sanitaria, nos cuenta que su creación fue en el año 1974, gracias a la obra de un líder beneficioso y carismático, quien aunó los esfuerzos colectivos positivamente:

“Ellos habían creado la escuela 14...trayendo un tranvía... porque el que era jefe de la cooperadora vivía acá a casa y media y él pasaba.....a la hora del mate pasaba por acá el presi... un tipo queridísimo por todos... hicieron una patriada porque cuando llegaron acá esto era un bajo inundable... esto era un basural... tenía una imagen distinta... tenían

problema para ingresar los chicos a la escuela... los chicos tenían una pobreza notable y había diferencia de los de mas allá y la cuestión es que terminan trayendo un tranvía y fundando la escuela 14... que hizo de aula... como no podían traerlo así nomás el traba sus contactos del servicio militar... le prestan un camión suben el tranvía, lo traen hasta donde pueden entrarlo porque esto era un bajo... piden camiones de arena... llevan el tranvía un verano de calor(...) después de conseguir el comedor, ellos querían un gabinete médico en el colegio pero se lo rechazaron..... y entonces no se quedaron muy tranquilos que digamos.... Así que no podemos tener un gabinete dentro de la escuela... pin...Hace unos años... formaron un club de la tercera edad, e hicieron un montón de papelería para ver si le podíamos dar el terreno de acá pero como no se podía hacer una entrada independiente, terminaron comprando un terreno acá a unos seis metros... y ahora le hicieron un consultorio al médico de PAMI de ellos, que antes atendía acá y ahora atiende allá...Ellos hicieron, la escuela 14, la US y el club de la tercera edad y el murió trabajando... y él murió trabajando... un año y medio antes de terminar el club... murió trabajando... murió por una lesión que padeció durante un trabajo. Fue un líder beneficioso, absolutamente positivo que mira... que empuje... además había que conocerlo eh... divertido... lo que nos hemos reído con ese hombre.”

Actualmente, la Unidad Sanitaria de Villa Catella, se encuentra en una zona que cuenta con asfalto, veredas y los servicios de luz, gas, teléfono y agua corriente. Pero a pocas cuadras de allí sólo poseen algunos de ellos. En cuanto al acceso a ella, se puede llegar por una sola línea de micros la 275, que tiene su parada más cercana en 122 y 36; la US, se encuentra en 36 entre 125 y 126. Existe cierta dificultad para ubicar el sitio donde se encuentra ubicada, ya que no posee ningún cartel indicador. Su frente está cubierto por un muro de unos 10 metros, con una abertura (sin puerta) que permite el ingreso a una especie de patio interior. Allí se ve entre dos grandes ventanas y la puerta de ingreso al edificio. Al ingresar, se ve una gran y vieja mesa, limpia de papeles y objeto alguno (cabe aclarar que esta y otras características fueron identificadas en las reiteradas ocasiones en las que el equipo de trabajo fue a la Unidad Sanitaria), ubicada en un amplio espacio en forma de ele. En él, distribuidas a ambos lados hay puertas, algunas de ellas sin letreros indicadores, las que los poseen, son escritos a mano y con letra manuscrita, que pertenecen a los distintos consultorios. Se observan puertas deslucidas, sin mantenimiento, sucias. Los pisos son de cerámico rojo, en muchos lugares levantados o faltantes, dejando a la vista el material de base. Se observa falta de higiene en los mismos. Hay polvo acumulado en los rincones y en los muebles. Se observa un cartel que indica “toilette” (sin distinción de sexo). Las paredes

están faltas de pintura y de mantenimiento. En una de las puertas, hay pegado un cartel que indica “para uso de los profesionales”, allí dentro es su lugar de reunión y recreo, ya que hay una cocina, heladera y un televisor. A simple vista se evidencia que la construcción del edificio que contiene a la Salita se fue haciendo en partes. En el fondo del terreno hay un “trailer” en desuso pero que, según nos informaron, fue el lugar físico en el que funcionó la Salita en sus comienzos.

En conclusión, la organización que estudiamos nace del esfuerzo comunitario, de la iniciativa de un grupo de vecinos del barrio de Villa Catela. La organización es fruto de la necesidad social de contar con un centro de salud, y al mismo tiempo de urbanizar la zona (pavimento, luminaria, etc.).

Una mirada sociológica de la organización

Siguiendo el enfoque de Myntz, “El objetivo de la organización se ofrece como el mejor punto de partida para el análisis de la misma, ya que es un determinante del acontecer en la propia organización. Como objetivo de la organización solamente debe considerarse lo que realmente guía las decisiones, lo que en la organización orienta el acontecer, las actividades y los procesos hacia un fin específico. Esto quiere decir que el objetivo de la organización no tiene que ser necesariamente idéntico al que se define como tal en los estatutos (Myntz, 1980:75)”.

Los objetivos “formales” de la Unidad Sanitaria son la atención primaria de la salud y promoción y prevención de la misma.

A simple vista existe, tomando las valoraciones de los miembros de la organización acerca de los objetivos, un conflicto que surge como consecuencia del establecimiento de objetivos múltiples. “Los objetivos múltiples de una organización pueden estar ligados entre sí de tal manera que la energía que se dedica a uno redundará también en provecho del otro. Esto no es, sin embargo, la regla. (...) Ambos objetivos pueden entrar en conflicto, principalmente cuando se trata de distribuir entre ellos los medios disponibles, siempre escasos: el tiempo, la energía, el dinero (Myntz, 1980:96)”.

Este conflicto se produce porque en la práctica lo asistencial consume la mayor parte del trabajo de los profesionales, como bien afirma uno de ellos durante su entrevista: *“Porque en realidad la asistencia te come el 100% del tiempo diario...y es muy mucho más difícil organizar las tareas de prevención y promoción y cumplirlas de lo que parece, o sea no es solamente colgar los cartelitos de lo que viene promocionado en cada año sino ir puerta a*

puerta casa a casa manzana a manzana con los temas de prevención y promoción. Esto siempre hace mella en la asistencia cotidiana y tarde o temprano te la van a reclamar, es difícil congeniar estas dos cosas (...) Y esta gente cuando quiere ser atendido quiere ser atendido no que le conteste que el médico está... en una reunión de otros médicos para concretar algún proyecto... no quiere. La organización siempre va a terminar la mayor parte del tiempo asentando los reales la mayor parte del tiempo en la asistencia”

Otro profesional afirma que “*“Acá se hace asistencia solamente. Se hace asistencialismo digamos. Se atienden pacientes. Pero no se ejecutan programas, no se hacen trabajos...”*

Los servicios que la organización brinda son: *“un médico clínico, pediatra, ginecólogo, enfermería, o sea los servicios básicos, odontología y obstetricia. Bueno esos servicios están acá. Además de esos servicios hay una psicóloga, una chica que ayuda con la parte de rehabilitación y masajes dos veces por semana....hay un médico del seguro provincial de salud que es una pediatra y terminan la formación acá los médicos de la residencia de medicina general del hospital Gutiérrez. Así que hay una cartilla un poco más variada....”*

No todas las Unidades Sanitarias cubren todos estos servicios, de modo que si bien las Unidades Sanitarias deben cumplir con un “mix de servicios básicos” en el plano real existen heterogeneidades al respecto. Por ejemplo, en la Unidad Sanitaria N° 80 la asistente social se jubiló y actualmente ese cargo sigue vacante, al igual que el cargo del personal administrativo.

Los recursos humanos

La plantilla del personal, según la información proporcionada por las entrevistas realizadas está compuesta por:

Cargo	Sexo	Edad	Antigüedad en años	Dependencia	Nivel Educativo
Mucama	F	58	16	Municipal	Primario completo
Mucama	F			Municipal	
Enfermero	M			Municipal	

Enfermero	M			Municipal	
Médico clínico residente	M	32	1 y 3 meses	No forma parte. Trabaja a ad honorem.	Universitario
Odontóloga	F	50	20	Ministerio de Salud de Pcia.	Universitario
Pediatra	M	69	20	Ministerio de Salud de Pcia.	Postgrado
Ginecóloga	F			Plan Seguro de Salud.	
Directora y Médica clínica	F		24 (como directivo 10 años)	Ministerio de Salud de Pcia.	Postgrado

Cada personal ha sido nombrado de manera diversa, algunos son provinciales otros son municipales, otros son nacionales. Este hecho guarda relación con la historia de la organización *“La Unidad Sanitaria no tiene una creación como las otras no es un plan provincial que aterriza en terreno municipal y no es tampoco una US de origen municipal tampoco. La crea la cooperadora de las escuela 14 porque querían tener un centro de salud. Entonces compran el terreno, se esfuerzan, hacen rifas, lo construyen y una vez que la construyen la donan a la municipalidad... que lucidez, entonces la municipalidad lo recibe, corta la cinta y no tiene más remedio que dotarlo...Lo sellaron divinamente... Como una Unidad Sanitaria no puede no tener cordón de vereda y no puede no tener luz, la luz se vino acompañando a la Unidad Sanitaria...Pero ellos lo sabían porque ellos ya habían creado la escuela 14, estaban muy lucidos, muy ágiles. Surge del barrio, y además permitió que el barrio creciera (...) Entonces, hoy en día el presupuesto de la salita es municipal, provincial y nacional”*. Por este motivo, señalábamos al comienzo cómo el origen de la organización determinaba ciertos rasgos de la misma.

La motivación y comunicación de los recursos humanos

A partir de 1920, con los aportes de las disciplinas como las ciencias sociales, la antropología, la sociología, la psicología, conocidas como las “ciencias del comportamiento”, se comienzan a conocer aspectos no considerados por la administración: Se trataba de comprender el

comportamiento de las personas. La escuela sociológica realiza hallazgos vinculados entre otros a los temas de la motivación y liderazgo.

Se considera que *la motivación es el estímulo que provoca la acción hacia el logro de un objetivo.*

La motivación para el trabajo, es algo personal e intransferible que tiene que ver con la actitud que manifiesta cada persona frente al desarrollo de sus tareas. En la salita muchos manifiestan estar por “vocación” ya que otro tipo de incentivos en su trabajo no existen. No tienen incentivos económicos aunque algunos si respecto a la carga horaria. *“No. Yo personalmente estoy a cargo de estos dos programas y tengo un reconocimiento con respecto a carga horaria y demás, porque estoy ad honorem con estos dos programas, yo no cobro a parte, cobro para trabajar como pediatra. Yo no recibo incentivos económicos. Y bueno después el reconocimiento verbal por parte de la directora (Pediatra).”*

También hemos podido observar que no existen instancias en las que el personal de la organización se reúna con su directivo de manera conjunta (sí el directivo se reúne individualmente con el personal), y tampoco se trabaja en equipo.

“Acá no se trabaja en equipo, en otros lugares por ahí si, pero acá no (Médico residente)”

“No, en general no hacemos reuniones de equipo de trabajo. Si se cuales son los objetivos de la atención primaria pero no hacemos... no tenemos proyectos internos así de reunirnos, hacer tal cosa o tal otra, lo que tenemos son programas que nos bajan de la dirección de salud y que los aplicamos en la US (Pediatra)”

El factor más poderoso de motivación es el de satisfacer las necesidades según el orden de prioridades que establece cada persona. La escuela sociológica considera que la motivación se origina en otros aspectos de la realidad humana que poco tienen que ver con lo económico.

Abraham Maslow, en su teoría psicológica de la Jerarquía de las necesidades (el triángulo de las necesidades), señala que estas van desde las necesidades básicas: las *fisiológicas* que están satisfechas a través de la remuneración: *“Hice la residencia en el Hospital de Olivos, tres años y después uno como jefe de residentes, se terminó...y hay que trabajar para vivir.”* (Odontóloga)

Luego el individuo pasará a la **estabilidad en el empleo, a la seguridad**, *“(...) y un sueldo seguro, obra social...”* (Odontóloga).

Luego considera que es importante progresar en el trabajo y adquirir prestigio profesional entre sus pares, teniendo esto que ver con lo social y con la estima: *“nos sentimos valorizados*

dentro del grupo de trabajo porque estamos dando mucho... darle al paciente lo mejor y lo más posible dentro de todo”. (Odontóloga)

“(...) y sí, es importante lo que yo hago, y me lo reconocen aquí dentro” (Mucama).

Por último sentirá la necesidad de sentir placer con lo que hace, en su profesión o actividad y esto se relaciona con la **automotivación**.

“Estoy a cargo de los dos Programas, el de las enfermedades inmuno-previsibles y el de las inmunizaciones, en todas las US del partido, pero es ad-honorem, sólo cobro por trabajar como pediatra.”

“(...) la nombraron Jefa en 1998, pero no cobra por ese cargo, aunque tiene todas las responsabilidades” (Profesional, referente al nombramiento de la Directora).

“Al recibirme de médico pediatra, me presenté a una beca- que gané- para trabajar en una US, y supe que esto es lo que quiero hacer (...) Yo creo que la motivación nuestra de atención a la comunidad es una vocación “... (Odontóloga).

“No tenemos cargo, venimos ad-honorem digamos como parte de la formación. No nos pagan, venimos a cumplir horas y a ayudar” (Médico residente del hospital Gutiérrez, destinado en la Unidad Sanitaria).

Por su parte Federico Herzberg (1999: 33), médico y psicólogo, considera que un cargo se enriquece cuando contribuye al logro del desarrollo personal, Con la intención de explicar el comportamiento de las personas en el ambiente laboral, identificó los factores higiénicos y motivacionales. Los primeros tienen que ver con los factores del entorno laboral, salarios, recursos necesarios para trabajar, ambiente físico. Lo máximo que se pueden lograr con ellos, estando todo en correcto desarrollo, es que se cumpla con lo que se pide. (Cumplir con lo esperado en la realización de la tarea). Los segundos, relacionan al individuo con el contenido de su actividad, de su cargo, con el clima laboral. Un cargo se enriquece cuando contribuye al logro del desarrollo personal: la responsabilidad, la libertad, el reconocimiento. Son factores que de estar presentes producen satisfacción y motivan.

“.. Sí la directora nos reúne a la otra mucama y a mí y nos pregunta cómo haríamos tal o cual cosa, y nosotras decidimos (...) Sí se trabaja con total libertad” (Odontóloga)

“Yo capacito a los enfermeros que van a trabajar en el Programa conmigo” (Pediatra).

A pesar del mismo sitio laboral, no todas las personas siempre se sienten igual con respecto a su trabajo.

“.. Aquí hay camarillas, hay que cuidarse...” (Personal de la US).

Douglas MacGregor, identificó dos estilos de administración de las organizaciones, la llamadas “Teoría X” y la “Teoría Y”.

Las administraciones que se comportan según la primera teoría, lo hacen con una supervisión con poco margen de iniciativa al personal e indicándoles qué deben hacer.

En el tipo de organización de la Unidad Sanitaria, opinamos que se aplica el estilo de supervisión de la segunda teoría, en la cual los profesionales toman sus propias decisiones en sus trabajos, y hay más libertad de acción de manera que se pueda dar la posibilidad de que sientan más interesados en mejorar sus desempeños. Las personas son creativas y competentes.

“Yo creo que todo el mundo se esfuerza mucho para que la atención sea excelente dentro de lo que uno hace” (odontóloga).

Innovación organizacional

Por innovación entendemos al “proceso mediante el cual un nuevo conocimiento utilizado o utilizable a escala social es incorporado por primera vez a una unidad social u organización con el objetivo de transformar elementos materiales o simbólicos en bienes o servicios (Suarez e Isuani, 1998: 20).

Los procesos de innovación y cambio al interior de la organización que analizamos, se producen en su mayoría, a partir de la implementación de planes o programas de salud que “bajan” desde el Ministerio de Salud. Es decir, que las innovaciones son impuestas en un sentido jerárquico y externo.

Como nos explica la actual directora de la Salita:

*“¡Ah!, innovaciones siempre tenemos porque los programas bajan o bien de provincia o de Nación, los programas de vacunación, son programas nacionales o también provinciales digamos este... el Programa Materno Infantil, el IRAP para las inflamaciones de vías respiratorias, PROIABA...”*sostiene la directora. Otro médico afirma: *“la innovación surge con los programas que van llegando de Nación a provincia y de provincia al municipio y del municipio se baja a las Unidad Sanitaria. Antes por ejemplo, las patologías respiratorias se las trataba de una manera determinada, y ahora se las trata de otra.”*

En este sentido, es pertinente hacer la diferenciación entre las innovaciones endogeneradas o exogeneradas. “La innovación endogenerada es aquella que tiene lugar en una organización mediante sus propios esfuerzos de investigación y desarrollo (...) estimulando la innovación ante la necesidad que se tiene de ajustar la realidad organizacional a las demandas que el contexto inmediato le plantea. (...) Por su parte la exogenerada es

aquella que se produce en la organización a instancias de algún agente externo a la misma (Suárez e Isuani, 1998:23)”.

Como innovación endógena, la directora señala que *“generamos un programa que es municipal que todavía está funcionando que es para la diabetes gestacional, que es la pesquisa temprana de diabetes en las pacientes gestantes y se trabajó desde el ‘98 hasta la fecha. Nosotros teníamos una estadística que nos decía que el 7 por ciento de los niños nacidos en el partido tenían sobrepeso y eso denota que las mamás que lo gestó es una mamá diabética. Hoy por hoy las estadísticas se redujeron al 1 por ciento.”*

A su vez, en una entrevista con un médico clínico que realiza su residencia en la Unidad Sanitaria de Villa Catella nos enteramos que con el apoyo del Hospital Gutiérrez implementaron un programa de Test de agudeza visual. Esto no fue mencionado por la Directora. *“Nosotros salimos y medimos agudeza visual en niños de 4 a 6 años en los jardines de toda la zona. Lo armamos como un trabajo de campo, una tarea y un fin que era detectar alteraciones de agudeza visual en esos niños, en ese grupo. Y nos fue bastante bien. Ahora lo que queremos hacer es ir a pesar y a tallar y a ver las libretas para ver desnutrición y obesidad. Eso lo arman desde la salita o... Eso lo armamos nosotros desde la residencia, desde el Gutiérrez.”* Esto es un claro ejemplo de una innovación exógena.

De todos modos, cabe señalar que los proyectos de innovaciones que tienden a generarse desde la US, son de difícil concreción y tales impulsos deben sortear varios obstáculos, sobre todo, de tipo financiero. *“Si vos tenés paciencia, perseverancia, capricho... porque nosotros no tenemos ninguna subvención ni nada por el estilo”*. Además, los miembros observan que todo tipo de actividad que se encuentre fuera de la asistencia, no es formalmente valorada, ya que *“cada vez que tenemos que presentar algún trabajo en algún congreso o algo nos tenemos que quedar a contra turno....las reuniones son a contra turno”*.

“El poder real que poseen las conducciones de las organizaciones públicas para realizar cambios internos se encuentra ciertamente limitado debido a la existencia de fuertes restricciones a su accionar (...) dado el exceso de reglamentaciones y lo rígido de su estructura, los cambios tienden a ser lentos y graduales (...) difícilmente puedan conseguir la libertad de movimientos, la prontitud para el cambio y la adaptabilidad que muestran las empresas privadas (Suárez e Isuani, 1998: 20)”. Estas dificultades que se manifiestan desde la Unidad Sanitaria, son compartidas por demás organizaciones públicas, signadas por un tipo de organización administrativa que dificulta la incorporación de nuevas técnicas de gestión, y presenta serias dificultades de adaptación a los cambios.

Además, como nuevos instrumentos técnicos incorporados recientemente distintos miembros de la organización señalan una computadora, que se encuentra en desuso y que no cuenta con los programas necesarios, que facilitarían la realización de tareas que continúan haciéndose manualmente, como por ejemplo el fichero de las historias clínicas.

Nuevas técnicas de gestión e impactos del modelo neoliberal

Siguiendo a Echevarría y Mendoza, podemos dar cuenta del avance que la tradición del Management ha tenido sobre la administración pública y de su intento de legitimación a partir de valores de racionalidad gerencial, basados en la búsqueda de atender a los dictados del mercado: economía, eficacia y eficiencia. “A finales de los años setenta, la nueva coyuntura política y económica se prestó para redescubrir el management como la panacea que prometía solucionar los graves problemas que aquejaban a la administración pública. El desequilibrio insostenible entre las responsabilidades públicas y los recursos disponibles, junto con el ascenso de un movimiento político que, rompiendo el consenso de varias décadas, apostaba a la reducción del tamaño del Estado, fueron determinantes para reclamar la aplicación de disciplina y racionalidad económica a la gestión pública (Echeverría y Mendoza; 1999: 32).”

La orientación al cliente, la competitividad y la preocupación por la eficiencia en la utilización de recursos son centrales en este modelo de gestión. Las técnicas principales de gestión empresarial son: la planificación estratégica, gestión de los procesos de cambio organizativo, dirección de objetivos (entre otras).

Se evidencia que la limitación fundamental del Management como paradigma es su pertenencia a una lógica de racionalidad económica individual y egoísta. Trasladar esa lógica al sector público presenta insuficiencias ante la necesidad de observar valores colectivos y tener en cuenta la exigencia de colaboración interinstitucional. Es decir, que el problema ha sido descuidar la especificidad de la administración pública para la adaptación creativa de estas técnicas. No se produjo un aprendizaje social sino un mero trasplante. “El trasplante de técnicas de gestión tuvo una vigencia precaria y poco duradera, allí donde llegó a materializarse (...) en su interpretación perversa y restringida, se tendió a considerar al management como un conjunto de técnicas universales igualmente aplicables a todo tipo de organizaciones (Echeverría y Mendoza; 1999:19)”.

En los años '90 las reformas impulsadas por el Management no tuvieron efecto a nivel microorganizacional en tanto la aplicación de modelos de gestión más creativos, eficaces, que

tengan en cuenta la planificación y la descentralización de las decisiones, etc. Pero sí, en un nivel macro estructural. El avance de la implementación de políticas neoliberales, achicamiento del presupuesto y pérdida de centralidad del Estado como regulador social. La salud, dejó de ser garantizada en tanto derecho de todos los ciudadanos y el acceso a ella quedó en la responsabilidad de cada individuo. “En una primera etapa, caracterizada por la retórica neoliberal y los fuertes desequilibrios presupuestarios, el panorama de las reformas apareció dominado por el valor de eficiencia que era interpretado de forma parcial y grosera para justificar la reducción de efectivos y los recortes en el gasto público (Echeverría y Mendoza; 1999:38).”

Durante los '90 se generalizó en América Latina un paradigma ideológico que definía como debía ajustarse la política social al modelo de liberalización económica aplicado en la región. Los fenómenos imperantes para reducir el gasto público social fueron la focalización y descentralización de los servicios. (Cortes y Marshall, 1999). Los procesos de descentralización, pese a ser presentados como la búsqueda de niveles crecientes de eficiencia y equidad, determinaron la ausencia del gobierno nacional en la búsqueda de mayor eficiencia y políticas tendientes a cuidar la equidad, en el marco de un programa que facilite las múltiples facetas que involucra un proceso tan complejo como es el de la plena descentralización en las áreas sociales. La consecuencia inmediata fue que la atención médica gratuita quedó restringida a los sectores de más bajos ingresos. (Cetrangolo y Devoto, 1998). Estos cambios que hemos vivido en nuestro país en la década de los '90 afectaron a la organización. *“Eso se notó muchísimo. Primero porque hubo un vuelco de personas consultando en la unidad sanitaria que perdieron sus empleos y por lo tanto perdieron sus mutuales no tenían otra salida que la consulta. Este... ¿Se vieron ustedes sobredimensionados? Claro. Realmente esa no es la palabra correcta. Ojala nos hubieran sobredimensionado para atajar la situación, con las mismas cosas, con los mismos médicos recursos o mucho menos te diría yo, quedamos boyando entre la circunstancia de mayor consulta y arréglate. Yo lo recuerdo muy bien. Es más, yo vi como adelgazaban la gente, yo he atendido acá lo que nunca en mi vida había visto que es gente que venia con epigastria, con dolor gástrico persistente porque no ingería alimento. Gente que me decía que yo hace cuatro días que no como... o mandé a los chicos a lo de mi cuñada, hermana o un amigo porque en casa no hay comida yo no lo había escuchado nunca no lo había visto nunca y que la gente mayor adelgace tanto no lo había visto nunca... (Silencio) Fuertísimo, nosotros extraíamos paquetes de leche que venían para los chicos y se los dábamos a la gente mayor porque realmente no consumían ninguna proteína no estaban en condiciones.”*

Los aportes de Metcalfe son interesantes en tanto propone una mirada más política de la administración pública “Los gerentes públicos deben no sólo administrar eficazmente la labor de sus organizaciones; deben también participar en un proceso más estratégico y político de gestión de las transformaciones estructurales en gran escala ocurridas en las redes de organizaciones a través de las cuales se elaboran y aplican las políticas públicas (Metcalfe; 1999:48).” El desafío es resignificar aquellos contenidos positivos que tienen las técnicas de gestión empresarial en el marco de funcionamiento de la administración pública, que requiere ante todo, de un proyecto colectivo e interinstitucional. “La imitación de la reforma de la gestión en el Estado consiste en adoptar y adaptar ideas de gestión utilizadas en las empresas y otros contextos para mejorar las capacidades microinstitucionales (...) la labor innovativa de la gestión pública en cuanto macroproceso consiste en desarrollar capacidades macroorganizativas nuevas y muy específicas para abordar el cambio estructural en el plano interinstitucional (...) lo que hace falta es un proceso participativo en el que las diferentes organizaciones se integren en un proceso conjunto de resolución de problemas y de decisión colectiva (Metcalfe; 1999:59)”.

Tipo de cultura y valores organizacionales

Siguiendo el enfoque de Felcman, “cultura es un modelo de presunciones básicas – inventadas o descubiertas por una organización para resolver sus problemas- (Felcman, 2001:1)”.

Dentro de estas presunciones, algunas se manifiestan visiblemente y otras no. Por un lado, debemos considerar “como vestimos en el trabajo, como nos dirigimos a nuestro jefe o a nuestros colaboradores, la forma en que se distribuye el espacio físico (Felcman, 2001:1)”.

Por otro lado, existen “manifestaciones no visibles” de la cultura, que operan como reglas implícitas e incuestionables sobre lo que está bien y lo que está mal dentro de la organización.

Es necesario distinguir tres niveles que van desde lo más visible a lo verdaderamente tácito o invisible:

- 1) **artefactos culturales**, como por ejemplo el espacio físico o la vestimenta. Al respecto, en la Salita, pudimos a través de las observaciones dar cuenta de que los médicos se distinguen del resto por su vestimenta, ya que visten guardapolvos blancos.
- 2) **valores expuestos**, aquello que la organización valora, como por ejemplo, el trabajo en equipo, tomar las decisiones de manera democrática, priorizar la calidad de la atención de

los usuarios, etc. Esto se traduce en la organización, ya que a través de las entrevistas se relevó la valoración que diferentes trabajadores tienen respecto al trabajo en equipo, el tiempo que manifestaron dificultades para llevar a cabo tareas en conjunto.

3) **presunciones básicas compartidas**, valores tácitos, verdaderos axiomas que orientan el comportamiento.

“Creemos que la cultura organizacional influye en: qué valora la gente y cómo se comporta dentro de la organización, el tipo de comportamientos que se alientan y se castigan, (...) cómo se enfrentan los problemas y cómo se piensan las soluciones (...) y la actitud frente al cambio (Blutman y Parnes, 2003:10)”.

Teniendo en cuenta las preferencias valorativas de los miembros de la organización que hemos entrevistado, y siguiendo la clasificación de valores laborales que realiza Felcman (2001), encontramos:

Valores laborales básicos: La estabilidad laboral. Este es un valor que hemos encontrado en la organización.

Valores laborales sociales: La buena relación con el jefe y la cooperación grupal: *“Si uno tiene una duda o algo para conversar con otro profesional se conversa o nos comunicamos... pasamos pacientes.”* Sostiene el pediatra de la salita.

Valores de reconocimiento: Crecimiento en su carrera, valoración de su trabajo y trabajar en una institución importante.

En este sentido, encontramos un fuerte grado de “frustración” por parte de algunos de los miembros de la organización: *“creo que es un déficit general en el sentido de que los que trabajamos en atención primaria este... es como q tenemos menos nivel del resto de los profesionales que no trabajan en atención primaria y por otro lado no hay un reconocimiento general de nuestro trabajo en la Unidad Sanitaria. O sea, no podría hablar de personas, ni de puestos ni de casos determinados, de determinada persona, o sea en general... no hay una valoración acorde al trabajo que uno realiza”.*

Respecto a la posibilidad de capacitación y permanente formación del profesional el médico residente afirma que: *“Yo al respecto pienso que entrar en una salita y quedarte es achancharte, no querer progresar en algún sentido, te digo porque lo he visto. ¿Porque básicamente? Porque no hay una carrera pública, como tampoco hay una carrera en el hospital. No hay docencia digamos, no hay nadie se preocupa por capacitarte una vez que entras nadie te controla, entonces si vos querés estas con lo q aprendiste hace 20 años que nadie te controla. La capacitación depende de uno”.*

Valores de autorrealización: Identificamos en la organización la valorización de que el trabajo que realizan es importante para la comunidad *“La gente que trabaja en atención primaria y está mucho tiempo es porque realmente le gusta la atención a la comunidad sino te buscas cambiar a un hospital o a un trabajo de privado... te tiene que gustar.”* Sostiene la odontóloga.

Siguiendo a los aportes de Blutman y Parnes (2003) podemos distinguir entre tipos culturales tradicionales y modernos. Los tradicionales son las culturas de tipo paternalista, anómicas y apáticas. Los modernos se dividen en culturas exigentes e integrativas.

En este caso creemos que la Unidad Sanitaria se acerca al **modelo cultural** de tipo **tradicional**, especialmente en relación a la cultura paternalista y anómica.

En cuanto a la cultura paternalista, en la Unidad Sanitaria existe un vínculo fraternal y de lealtad entre el barrio de Villa Catella y la organización. Esto se vincula con el origen de la organización y con el carácter familiar de las relaciones médico-paciente. Por lo general, al estar los profesionales un largo período en la organización, se fomentan este tipo de vínculos que propician un clima familiar y amigable.

También encontramos altos niveles de seguridad en las funciones, ya que aquellos que forman parte de la plantilla del personal establecido, cuentan con una alta estabilidad laboral. También hay una buena comunicación entre los miembros y consideramos se debe a la estructura reducida de la organización.

En relación a la cultura anómica, pudimos observar que existe una fuerte pérdida del entusiasmo laboral, aunque en las entrevistas realizadas muchas veces se intenta disimular este aspecto. Pero la mayoría de los profesionales afirman no contar con recompensas para premiar los éxitos o el mayor compromiso con la tarea diaria.

Estilos de liderazgo

“El liderazgo es el proceso de dirigir y orientar las actividades relativas a una tarea de los miembros de un grupo de trabajo (Aguirre Sádaba y otros, 1999: 256)”. Respecto al liderazgo, según Rost (1993), el uso indistinto entre los términos *líder* y *liderazgo*, ha sido uno de los problemas del desarrollo en el estudio del liderazgo en el siglo XX.

El término líder suele asociarse a lo que una persona **es**, a sus cualidades innatas, atributos o posición. Liderazgo, denota algo que la persona **hace**. Porque conceptualizamos al liderazgo como una actividad, y por lo tanto todos lo pueden ejercer desde cualquier posición.

Las escuelas sociológicas consideran que el individuo no obedece órdenes ciegamente. Es decir, que el líder debe ser considerado como tal, por sus seguidores. Tiene que ser reconocido, aceptado y respetado por ellos. El líder debe actuar sobre los factores de la motivación, debe provocarla.

A continuación se extraen citas textuales de diferentes entrevistados, en donde hacen referencia a la directora de la Salita de Villa Catella:

“No cobra por ese cargo” (Dice un Profesional)

“Nos reúne y consulta” (Mucama)

“No nos reunimos sistemáticamente... pero sí cuando es necesario” (Profesional)

“No todos los días son iguales, pero no hay inconvenientes para trabajar con libertad” (profesional)

Por el tipo de estructura organizacional que posee la Unidad Sanitaria de Villa Catella, se debe considerar el tipo “*laissez-faire*”, aunque orienta, asesora, el alto nivel de capacitación de los profesionales permite delegar en ellos la decisión sobre su propia actividad. En este tipo de liderazgo no se trata del establecimiento de normas por parte del grupo, sino del permitir la decisión de cada profesional, en su actividad y sobre sus pacientes. No debe confundirse con un líder *permisivo*, porque la directora, no es dirigida por el grupo, no es pasiva, ni ineficiente.

En este caso, el de la Unidad Sanitaria que nos ocupa, se observa una autoridad formal, legitimada por la aprobación y aceptación del personal que en ella trabaja. Además, nos parece pertinente insistir en el hecho de que la directora de la Salita conoce la historia del barrio y de la organización, viéndose muy comprometida con la misma. Ella manifiesta ser parte de la trayectoria organizacional, ya que es uno de los personales más antiguos de la misma.

Conclusiones y perspectivas

A modo de cierre, intentaremos esbozar algunas conclusiones, pese a tener presente que este trabajo es de carácter exploratorio por lo que las generalizaciones no serían del todo prudentes. En un trabajo futuro, nos interesaría abordar de manera más exhaustiva el apartado tratado en este trabajo “tipo de cultura y valores organizacionales” que, debido a que para indagar en el predominio de distintos tipos de valores en la Unidad Sanitaria el trabajo debería contar con mayor tiempo. También nos interesaría en próximas investigaciones profundizar la

problemática de los alcances del trabajo en equipo. a partir de nuestra investigación, sostenemos que en nuestra unidad de análisis, la Unidad Sanitaria N° 80 de Villa Catella se desconocen la totalidad de los objetivos que la guían o deberían hacerlo. No trabajan en grupo hacia un objetivo institucional. Cada consultorio conduce a un fin individual, las interconsultas, se realizan sólo desde el punto de vista profesional, como lo haría cualquier otro desde el consultorio privado. Al entrevistar al personal no profesional, sí notamos una diferencia en el trato de la dirección para con ellos, no observada con los profesionales. Se evidenció la diferencia jerárquica que no fue percibida entre la jefatura y sus pares. Es sólo en este caso cuando aparece el término "camarilla", al referir al grupo de trabajo de los profesionales, el "ellos" trabajan. Entre el grupo de profesionales al hablar sobre el trabajo se usa "acá se hace", "acá encontras que". Laboralmente, no se observó el *nosotros*. Proponemos indagar sobre los motivos que impulsan a esta individualización en el trabajo o a la formación de "camarillas" como bien señalo un entrevistado con el objeto de aportar al funcionamiento de la Salita, al cumplimiento de sus objetivos, y sobre todo, a visualizarlos estratégicamente para su consecución y logro.

Creemos que es pertinente para mejorar la calidad del servicio que brindan las unidades sanitarias, que las mismas se propongan objetivos claros y corto plazo, a modo de mini proyectos organizacionales que se adecuen a las necesidades del barrio. Para ello es imprescindible a nivel micro el trabajo en equipo, los incentivos laborales, y la coordinación. Pero no debemos dejar de lado la tarea macro que corresponde a los funcionarios políticos de garantizar que eso sea posible. Sin voluntad política, ninguna organización pública podrá mejorar su rendimiento. Entendemos que la Salita está inmersa en el Sistema de Salud de Argentina, y que por lo mismo, se encuentra entre los servicios en los cuales la ocupación y responsabilidad por parte del Estado aparece como incuestionable. Percibimos la falta de valoración que, en este nivel de atención, experimentan el Sistema de Salud. Pese a esto, observamos un alto compromiso del personal con su tarea cotidiana.

Consideramos que quedan abiertas varias perspectivas de trabajo respecto a la organización que hemos analizado. Particularmente, nos queda el interés de profundizar en el análisis de las relaciones que se establecen entre la organización y la comunidad, acerca de qué tipo de vinculo existe entre el paciente y el profesional, qué representaciones tienen los usuarios de los profesionales, si son o no otro significativo para los usuarios, etc.

Bibliografía

MAYNTZ, R. (1980). *Sociología de las Organizaciones*; Edic. Alianza Universidad; 3ra. Edición, España– Cap 1 y 3.

LA PALMA, A (2001) “El escenario de la intervención comunitaria”, en *Revista de Psicología* de Universidad de Chile. Dpto. de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Vol. X. Nro2.

ETCHEBARRIA, K. y MENDOZA X. (1999): La Especificidad de la Gestión Pública: el concepto de Management Público en “¿De Burócratas a Gerentes?”; Edic. Carlos I.Marrodán - BID; Washington DC.

METCALFE, L. (1999): La Gestión Pública: De la Imitación a la Innovación en “¿De Burócratas a Gerentes?”; Edic. Carlos I. Marrodán - BID; Washington DC.

SUAREZ, F. e ISUANI, F. (1998): “Innovación en las Organizaciones: una perspectiva comparada entre organizaciones públicas y privadas” en *Revista Nueva Época*, Nº 0 , segundo semestre 1998, INAP, Buenos Aires.

HERMIDA, J. y otros (1993). *Administración & Estrategia*. Ediciones Macchi; Buenos Aires (Caps. III; IV; VII; VIII)

MINTZBERG, H. (1992). *Diseño de organizaciones eficientes*. Ed. El Ateneo, Argentina. (Pgs.5-23, Caps. 8, 9,10,11 y 12).

FELCMAN, I. (2001). “Marco conceptual y referencial para el análisis de la cultura organizacional de la administración pública argentina” en VI Congreso internacional del CLAD, Buenos Aires, nov.

BLUTMAN, G. y MENDEZ PARNES, S. (2003). “Reformas Administrativas del Estado y Cultura”, en II Congreso argentino de administración pública.

AGUIRRE SADABA, CLAVERO y ZAMORA (1999). “La función directiva: el liderazgo” en “Administración de organizaciones: fundamentos y aplicaciones”. Ed. Pirámide. Madrid. (Cap. 9).

LOSADA, C (2000). “La función de dirigir en la Administración Pública” en *¿De Burócratas a Gerentes?.* op.cit.

CONTRERAS, M (2004). “El liderazgo en la gestión política: del postulado a la complejidad de su implementación”; ponencia del IX Congreso internacional del CLAD, Noviembre 2004, Madrid

Cortes y Marshall (1999) “Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los noventa.” Desarrollo económico, vol. 39, N° 154.

Cetrangolo y Devoto (1998). “Reformas en la política de Salud en Argentina durante los años noventa con especial referencia a la equidad”. Serie de Estudios N° 27. CECE.

ANEXO DOCUMENTAL

El trabajo de campo lo hemos realizado en la Unidad Sanitaria de Villa Catella durante el mes de julio y principios del mes de agosto de 2008. Allí hemos sido tratadas con mucha amabilidad.

La primer entrevista que realizamos fue a la Directora, quien nos dedicó una hora y media de su tiempo. La misma fue realizada en su consultorio, en horario de trabajo. Luego, hemos entrevistado de manera aleatoria a otros profesionales (odontóloga, pediatra, medico residente) y a las dos mucamas que realizan el servicio de limpieza. También entrevistamos a algunos usuarios, para que estos pudieran manifestarnos su mirada acerca de la organización a la que acuden.

Consideramos que fue una buena experiencia de trabajo con una organización pública, un primer acercamiento y creemos que el trabajo de campo ha sido insuficiente para poder detectar claramente los conflictos, los valores y la cultura organizacional.